THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionietu0000pier

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE BLANCKAERT

Né le 1er Novembre 1896 à Zégerscappel (Nord)

Contribution à l'Étude de l'Érythème vaccinoforme syphiloïde des Nourrissons

Président de thèse : M. le Professeur MARFAN

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. – PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgic[le].
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgic[le]
BEAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgic[le].
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic[le].
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgic[le].
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgic[le].
MONDOR	Pathologie chirurgic[le]
MOURE	Pathologie chirurgic[le].
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.
LÉRI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie.

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN,

Professeur d'Hygiène

et de Clinique de la première enfance,

Membre de l'Académie de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET,

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous le prions d'agréer nos bien vifs remerciements.

A MES JUGES

A MES MAITRES

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il me soit permis de remercier ici les Maîtres éminents qui, pendant notre scolarité, ne nous ont jamais ménagé leurs sages conseils.

Notre pensée reconnaissante se porte tout d'abord vers notre premier Maître de la Faculté libre de Lille, le Docteur de Vaugiraud, qui nous initia aux mystères de l'examen clinique.

Nous conserverons toujours un souvenir plein de gratitude au Docteur Claisse qui nous reçut à Paris, l'année suivante, dans son service à l'Hôpital Laënnec.

Nous gardons pieusement la mémoire du Docteur Josué, qui fut pour nous, pendant un an, un Maître plein de bonté.

Nous remercions tout particulièrement notre Maître, le Docteur Aviragnet, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et assisté de ses conseils avisés.

Nous garderons toujours une affectueuse reconnaissance au Docteur Niel qui, pendant tout le temps de nos études à Paris, fut pour nous et notre grand ami, le Docteur Bodson, un aîné, par ses sages conseils et son généreux enseignement.

INTRODUCTION

Les érythèmes fessiers ont été décrits par tous les auteurs classiques : on leur connaît ce caractère général d'être une affection du premier âge et leur localisation semble très banale quand on songe aux conditions de malpropreté dans lesquelles végètent tant de malheureux enfants. Et suivant le terrain héréditaire ou acquis, sous l'influence des maladies générales et des lésions locales en rapport avec des troubles digestifs liés parfois à une alimentation défectueuse, on voit apparaître une infinie diversité de types cliniques qui n'ont parfois de commun que la rougeur plus ou moins diffuse des téguments et la localisation au niveau de la région ano-génitale.

Parmi ceux-ci, il serait superflu de décrire ces érythèmes, parfois tenaces, qui apparaissent chez des enfants nourris au biberon, ou même élevés au sein par une nourrice qui n'a pas soin de régler la valeur et l'horaire des tétées. Ces éruptions d'origine simple, qui disparaissent par une hygiène alimentaire appropriée, n'ont pas les caractères de gravité et de ténacité de l'érythème fessier qui traduit chez le nouveau-né la

syphilis héréditaire, corollaire habituel d'un ensemble clinique bien connu et caractérisé anatomiquement par des éléments bien distincts.

S'il importe d'en faire un diagnostic précoce, et on soupçonne les conséquences sociales qu'il y aurait à ne pas le faire, il serait au moins fâcheux de déclarer syphilitique un enfant qui est complètement indemne de la terrible maladie.

Et la question délicate se pose quand on se trouve en présence d'une affection qui revêt étrangement la forme de certains érythèmes syphilitiques et dont les éléments ressemblent à s'y méprendre, à un moment de leur évolution, à des syphilides papuleuses. Nous avons nommé l'*érythème vacciniforme syphiloïde* qui présente à certains moments et par endroits ces caractères trompeurs.

Mais il se distingue par bien des points des affections papuleuses syphilitiques, et bien que pendant longtemps, et avec d'autres éruptions papulo-érosives banales, on l'ait confondu avec les syphilides cutanées, certains caractères évolutifs, la ressemblance frappante de ses éléments jeunes avec la *pustule vaccinale* et l'absence d'autres symptômes cutanés ou viscéraux font faire la distinction et lui assignent une place à part dans le cadre des érythèmes papuleux.

Malgré ces caractères très nets, cette affection assez peu connue encore n'a été étudiée qu'à une époque relativement récente, ce qui, avec le petit nombre de cas observés, explique que tous les auteurs ne donnent pas la même dénomination à un tableau clinique qu'on

retrouve presque complet dans toutes leurs observations. Nous verrons, en faisant l'historique de cette étude, comment des aspects particuliers de l'érythème vacciniforme syphiloïde lui ont fait donner d'autres noms, en raison aussi sans doute de l'incertitude où se trouvaient les observateurs de savoir à quelle entité morbide rattacher ces phénomènes.

Et après avoir confronté ces divers cas étudiés et montré leur identité avec nos observations personnelles, nous serons amenés à reconnaître à cette affection une individualité propre qui ressort d'un type clinique bien déterminé.

HISTORIQUE

Pour la première fois, en 1859, il est question d'un *herpès vacciniforme* dans le traité des syphilides de Bazin ; mais l'auteur se contente de le citer. Et pendant longtemps encore les éruptions papuleuses de la région fessière ne seront connues que sous le nom de *syphilides lenticulaires de Parrot.* C'est dire combien cette affection emprunte de caractères aux syphilides papuleuses, que Parrot appelait encore syphilides en plaques : mêmes petites taches rouges plus ou moins surélevées, plus ou moins ulcérées.

Cependant des différences appréciables entre ces deux maladies sont signalées par Jacquet qui, en 1886 nous fait connaître l'*érythème papuleux post-érosif*, qui survient en dehors de toute syphilis et qui s'en distingue par l'absence de nombreux symptômes d'ordre général et, localement, par un tout autre aspect des lésions. Bien qu'ayant avec les érythèmes papuleux post-érosifs de Jacquet bon nombre de traits communs, l'érythème vacciniforme ne tarda pas à en être distingué par les cliniciens. Et *en 1887* apparaissent coup sur coup plusieurs cas à l'hôpital Saint-Louis. Besnier, A. Fournier,

et son chef de clinique Feulard, Hallopeau nous en donnent les premières descriptions.

Besnier cite deux observations de ces *syphiloïdes* ou fausses syphilides ; dans la première il s'agit de deux jumeaux athrepsiques qui présentent des lésions bucco-labiales qu'il impute « aux microphytes du lait altéré dans les biberons..., sur la peau, les caractères non syphilitiques sont plus manifestes encore » ; il signale l'intégrité absolue des faces palmaires et plantaires. La deuxième est l'objet de remarques sur le double aspect des lésions, qui siègent surtout dans les plis de la peau de la région périnéale et crurale : « série conglomérée d'éléments arrondis ressemblant aux pustules aplanies, argentées et ombiliquées du vaccin du sixième au huitième jour pour quelques-uns, et pour d'autres ayant l'aspect bien connu des plaques syphilitiques humides, telles qu'on les observe communément dans ces régions. » L'auteur signale un léger érythème entourant les éléments premiers. Mais l'état général est bon et la thérapeutique antisyphilitique ne donne aucun résultat. Fournier donne à cette affection le nom d'*herpès phlycténoïde des nouveaux-nés*, mais Besnier préfère celui d'*intertrigo vacciniforme* ou *d'érythème papuleux vacciniforme*.

A la même époque, Feulard citait le cas d'une éruption papuleuse d'aspect *vacciniforme* ou *syphiloïde* survenue à la région génitale chez une petite fille de vingt-trois mois : « les termes parfaitement vagues du titre de cette observation, dit l'auteur, indiqueront tout de suite au lecteur que nous nous trouvons en présence

d'une éruption encore pas classée et pour ainsi dire inconnue, que nous avons eu l'occasion d'observer récemment à l'hôpital Saint-Louis. »

On retrouve dans cette observation les éléments papuleux arrondis, formant une saillie légère sur les parties saines voisines, une couenne blanc-grisâtre un peu déprimée à son centre, tandis qu'à la périphérie existe une auréole rosée. Certains éléments à l'aspect de pustules vaccinales s'opposent à d'autres qui font penser à l'éruption spécifique décrite par Legendre et Bazin sous le nom de plaques syphilitiques de la peau.

Mais l'absence d'antécédents et d'autres signes de cet ordre font écarter le diagnostic de syphilis.

Fournier range encore ce cas sous le vocable d'herpès phlycténoïde ou d'hespès monstre. Feulard trouve à cet érythème localisé surtout aux plis de la peau, certains caractères d'intertrigo. Le moulage de cette éruption papulo-érosive a été conservé au Musée Saint-Louis sous le n° 385, dans la collection particulière du Professeur Fournier. Deux autres pièces dues à Hallopeau y furent déposées plus tard sous les n°s 1261 et 1332 et présentent les mêmes aspects.

Hallopeau décrivit l'année suivante, en 1888, cette affection à laquelle il donna le nom d'*ecthyma vaccini-forme*. Et il nous montre l'aspect diphtéroïde des pustulettes, insistant sur leur ombilication et l'élévation des bords qui accentue encore cette disposition en godet. Les lésions bien développées ont l'apparence de la pustule vaccinale, elles sont entourées d'un liseré rouge et séparées par des intervalles de peau saine. Elles prédo-

minent dans les régions où les surfaces cutanées s'accolent l'une à l'autre et se multiplient par auto-inoculation.

L'état général n'est pas atteint ; la guérison est rapide par des moyens simples ; en somme, la syphilis n'a rien à y voir. Et Hallopeau conclut : « En résumé, cette affection qui constitue un type clinique assez déterminé peut être appelée, en raison de ces caractères dermatite ou ecthyma vacciniforme.

A la réunion clinique hebdomadaire des médecins de l'Hôpital Saint-Louis, du 7 mars 1889, Besnier présente une petite fille atteinte d'*érythème vacciniforme syphiloïde*. Il rappelle les cas semblables étudiés au cours de ces deux années par Fournier, Hallopeau, Feulard et lui-même.

Cette fois l'éruption s'étend à la fois aux plis de la région et à la face interne des cuisses. Fournier remarque : « Ce sont des lésions de cet aspect que j'ai dénommées *herpès vacciniforme*, l'expression est peut-être médiocre, mais il faut trouver mieux. » — L'enfant est présentée guérie huit jours après, sans traitement spécifique. « Assurément on voit quelquefois les plaques syphilitiques guérir par les soins de propreté et par un pansement approprié, mais ce n'est pas avec cette rapidité, ni de cette manière. »

En 1891, Fournier décrit la *vaccino-syphiloïde* du jeune enfant, qu'il appelle encore herpès vacciniforme. Il résume les travaux qui ont été faits sur ce sujet par Besnier et Hallopeau et dans son propre service par Feulard ; son étude porte sur une dizaine de cas. Les

caractères de la papule vaccino-syphiloïde typique sont ceux de la papule plate de vaccine vers le sixième ou le septième jour. Il différencie nettement la lésion de l'herpès, de l'ecthyma, des folliculites superficielles, des syphilides lenticulaires de Parrot et des érythèmes papuleux post-érosifs de Jacquet.

Il a observé les deux stades évolutifs de l'élément simple : lésions d'aspect vacciniforme devenant ensuite de pseudo-syphilides papulo-érosives.

Cette maladie, qui jusqu'ici avait semblé bénigne, pouvait se compliquer gravement, et en 1893, Fournier cite le cas d'une petite fille de seize mois qui meurt subitement au cours d'une *gangrène vulvaire* et périvulvaire, survenue sur un herpès vacciniforme banal.

C'est à l'étranger, par la suite, qu'on relate l'apparition de quelques cas d'érythème vacciniforme. Et les observateurs étrangers, qui connaissent déjà le type clinique d'après les descriptions des auteurs français, leur empruntent leurs diverses démonstrations.

En Italie, Mantegazza a observé deux cas de *dermatose varicelloïde*. Il en a étudié l'histologie et la bactériologie, et a trouvé dans un cas du colibacille qui existait aussi dans les selles de l'enfant. Il reconnaît d'ailleurs l'identité clinique de cette affection avec celles de Besnier, Feulard, Fournier et Hallopeau.

Antonelli rapporte, en 1904, quatre cas d'*érythème vacciniforme*, « ou dermatose varicelloïde de Mantegazza » chez des enfants qui ont été opérés de hernies inguinales congénitales avec syndrôme d'étranglement.

Il a trouvé chez les quatre le colibacille, ou bacille d'Escherich, en culture pure.

Il décrit la petite tache rouge lenticulaire, bientôt surmontée d'une vésicule qui ne tarde pas à s'ombiliquer. Elle prend un aspect blanchâtre, opalin, ses bords sont légèrement surélevés, son centre exulcéré : elle est entourée d'une aréole rosée. L'évolution est apyrétique et la guérison survient rapidement.

En Angleterre, Colcott-Fox a observé, en 1907, six cas d'*ecthyma vacciniforme infantile*. Il les rapproche de ceux qui ont été décrits par les auteurs français et en particulier dans le traité d'Hallopeau et Leredde, sous le nom de dermatite vacciniforme des jeunes enfants. Il montre le passage des lésions du stade de macules congestives à celui de papules vésiculeuses et pustuleuses, simulant les lésions de la vaccine. Après la rupture ou le flétrissement des vésicules, les éléments peuvent être couverts d'une couenne diphtéroïde, ou dénudés avec une base granuleuse qu'il est impossible de distinguer des syphilides papuleuses. On peut voir une congestion érysipélatoïde marginale. Il signale aussi la difficulté du diagnostic avec les érythèmes papuleux post-érosifs de Sevestre et Jacquet, à d'autres moments avec celui d'inoculation vaccinale accidentelle.

En Allemagne, Halle signale en 1908 un cas de *dermatite pseudo-syphilitique vacciniforme infantile* ou érythème vacciniforme syphiloïde de Besnier, que Brocq appelle ecthyma infantile superficiel ou dermatite infantile papuleuse.

En France, de nouveau, nous en entendons parler

par MM. Petges et Rocaz, qui ont étudié, en 1920, à l'hôpital des Enfants, de Bordeaux, une petite épidémie de onze cas, suivie à quelque temps de là par un douzième, d'*ecthyma vacciniforme syphiloïde infantile.*

Nous avons eu la chance d'en faire nous-mêmes deux observations dernièrement, en décembre 1923 et janvier 1924, dans le service de notre Maître, M. le Docteur Aviragnet, aux Enfants-Malades. M. le Docteur Aviragnet en a observé un troisième cas dans son service en 1922.

Nous avons hésité entre plusieurs dénominations, désirant toutefois souligner les aspects de vaccine et de syphilides papulo-érosives que présentaient les différents éléments de l'éruption. Faut-il parler d'herpès ou d'ecthyma vacciniforme ? — Les nombreux auteurs qui ont étudié chacun un nombre relativement restreint de cas, ont choisi presque tous des termes différents, tout en restant d'accord sur les caractères anatomiques et cliniques de la maladie avec Besnier qui l'a décrite le premier et l'a dénommée érythème vacciniforme syphiloïde infantile. Le terme très général d'érythème n'excluant pas certaines formes atypiques, c'est cette dénomination que nous avons choisie.

DEFINITION

Hallopeau et Leredde l'ont ainsi définie : « Cette dermatose est caractérisée par une éruption, sur une base érythémateuse, de petites saillies papuleuses qui, d'abord surmontées d'une vésicule, prennent rapidement, en s'ombiliquant dans leur partie centrale, l'aspect de boutons de vaccine et se multiplient par autoinoculations.

ETIOLOGIE

Les premiers auteurs avaient parlé d'érythème vacciniforme (ou d'herpès phlycténoïde) des nouveau-nés. On ne le rencontre cependant que chez les *nourrissons* âgés déjà de quelques mois, et le plus souvent entre le sixième et le dixième mois. Mais Fournier cite le cas d'une petite fille de seize mois, et une petite fille âgée de vingt-trois fait l'objet de la première observation de Feulard.

D'ailleurs, les petites filles, pour Besnier, étaient plus souvent atteintes que les garçons, cependant un de ses premiers cas est celui d'un garçon et on en retrouve un bon nombre par la suite ; MM. Petges et Rocaz ont trouvé les deux sexes à peu près à égalité, et nous-mêmes avons vu une petite fille et un garçon. On peut cependant admettre qu'il est plus difficile de maintenir les petites filles dans un état de propreté rigoureuse, et nous verrons l'importance de la propreté dans la prophylaxie et le traitement de cette dermatose.

Une des raisons qui l'ont fait méconnaître si longtemps, c'est *sa rareté ;* on s'explique ainsi que les observateurs aient employé des dénominations très variées

pour une affection si peu connue. La plupart n'en ont vu que un ou deux cas et les auteurs étrangers s'en rapportent aux descriptions qui en furent faites par les médecins de Saint-Louis.

C'est grâce à de petites épidémies que Colcott-Fox put en observer successivement six cas, et MM. Pelges et Rocaz une douzaine. Avec nos deux observations on n'en compte guère qu'une quarantaine.

Les auteurs des traités et des précis classiques la passent presque tous sous silence ; dans deux ou trois ouvrages il en est fait une courte mention : on en parle comme d'une variété d'impetigo ou d'érythème papuleux, n'offrant pas les caractères d'une réelle individualité clinique.

Les conditions qui favorisent son apparition, sans être constantes, ne sont pas sans intérêt. Il peut s'agir quelquefois d'enfants qui manquent de soins et qui vivent dans la *malpropreté ;* au contact des linges souillés par l'urine et par les fèces, la peau macère et perd sa tonicité ; des érosions légères peuvent se produire, qui ne demandent qu'à s'infecter quand le microbe n'a pas déjà pénétré dans les couches superficielles de cette peau sans défense.

Souvent *le terrain* offert à l'infection est déjà débilité ; il s'agit dans un cas de deux jumeaux, déjà moins robustes du fait de leur gémelléité, nourris en partie au sein par une mère débilitée, en partie au biberon avec un lait de vache douteux, et sans soins d'hygiène ni de propreté, atteints encore de lésions bucco-labiales de perlèche. Ce sont des *alhrepsiques* qu'on prendrait pour

des hérédo-syphilitiques, n'étaient l'absence de syphilis chez les parents et la disparition rapide de leurs lésions sans traitement spécifique.

Dans un autre cas, c'est un enfant de souche *arthritique ;* la mère est eczémateuse, l'enfant est élevée au biberon « en nourrice », et a déjà présenté en même temps qu'une diarrhée, qui persiste encore, une rougeur et des excoriations de la région génitale avant cette éruption vacciniforme.

Il n'est pas rare, chez des nourrissons élevés au biberon, de trouver la *gastro-entérite*, la *broncho-pneumonie*, des bronchites persistantes, du coryza, qui expliquent à la fois leur athrepsie et leur réciptivité pour les dermites. Dans un de nos cas personnels, il s'agit d'une petite fille qui avait déjà présenté une bronchite légère, mais avec tendance à récidiver, et une éruption vésiculeuse miliaire sur le dos des mains et le thorax, deux mois avant sa dermatose de la région fessière. L'autre, un petit garçon, dont la grand'mère était asthmatique, a eu six mois auparavant une éruption vésiculeuse qui s'est ensuite eczématisée et qui s'est étendue à la moitié inférieure du corps, puis à la face, au thorax et aux membres supérieurs. Mais ces deux enfants ne présentaient plus aucun trouble digestif, ni cutané, quand cette dernière affection a commencé. Ils n'avaient aucun antécédent familial syphilitique. Fournier, Besnier, Feulard et Hallopeau ont d'ailleurs démontré que la syphilis était étrangère à cette dermatose.

Dans bien des cas, on ne remarque la coexistence

d'aucune affection, d'aucune diathèse familiale, les enfants ont jusqu'alors été toujours bien portants.

Il y a un autre élément en jeu, Moussous insiste sur le fait d'alternatives rapides d'éclosion et de délitescence qu'on remarque parfois dans les éléments papuleux et qui est bien pour faire suspecter l'intervention du *système vaso-moteur*. Or il est manifeste que des troubles digestifs variés, même sans diarrhée (renvois, vomissements, etc.) accompagnent souvent et précèdent parfois la dermite ; que l'évolution dentaire normale et surtout anormale provoque indéniablement, entre autres sympathies, des irritations cutanées dont la dermite simple est l'une des plus vulgaires. Le tube digestif paraît donc être un point de départ fréquent de ces dermatoses, quelle que soit d'ailleurs la modalité réflexe ou autre qui préside à ces retentissements.

PATHOGENIE

Mais ces seules causes favorisantes, pour importantes qu'elles soient, ne peuvent pas produire un type déterminé de lésions. Et même souvent, bien que réunies presque toutes chez un individu, elles ne produisent rien du tout au niveau de la peau.

L'épidémicité qui s'est dans quelques cas manifestée doit faire songer à un agent infectieux qui a été dans ce cas la cause de la contagiosité. Les lésions qui siègent le plus souvent sur les rebords des plis cutanés ou sur des surfaces cutanées qui s'accolent sont souvent symétriques et se propagent en s'inoculant de proche en proche ou par contact.

Hallopeau a vu cette auto-inoculation et il en a déduit l'existence d'un agent pathogène. Agent infectieux visiblement introduit par voie cutanée, ce qui exclut encore le trépomène secondaire, responsable des syphilides.

Jacquet rapporte que depuis les travaux de Besnier et Hallopeau il a rencontré un cas de cet érythème vac-

ciniforme, et qu'ayant inoculé la sérosité d'une vésicule au bras du nourrisson, il se produisit une papule semblable aux autres, ayant les caractères de la papule vaccinale. Il émet l'hypothèse d'inoculations accidentelles par la vaccine. Mais dans ce cas l'éruption s'éteindrait par immunisation au bout de dix jours, au lieu qu'elle persiste très longtemps si elle n'est pas traitée.

On a cherché l'agent microbien spécifique, on ne l'a pas trouvé.

Hallopeau a trouvé les microbes banaux de la suppuration. Dans un cas sur deux Mantegazza, et dans quatre autres cas Antonelli, ont trouvé le *colibacille* en culture pure. Mantegazza l'a trouvé en même temps dans les selles de l'enfant et dans la sérosité louche des vésicules neuves. Il a fait en même temps des inoculations au lapin et au cobaye qui ont produit chez ces animaux des suppurations à colibacilles.

Dans un autre cas, Mantegazza a trouvé un micrococus candicans.

C'est le *streptocoque*, en culture pure, qui était en cause dans un cas étudié par Colcott-Fox et Adamson ; mais habituellement les dermites streptococciques ne rétrocèdent pas par de simples soins de propreté comme le fait cette affection.

MM. Dupérié et Joulia ont fait l'examen microscopique et les cultures de la sérosité purulente des lésions que présentaient les malades de MM. Petges et Rocaz : « Dans un cas, à l'examen direct, un très grand nombre de microbes, bâtonnets et cocci, gram-positifs et gram-négatifs ; pas de spirilles, pas de bacilles fusiformes,

pas de streptocoques ; pas de staphylocoques nettement reconnaissables.

Mis à l'étuve à 37° sur bouillon peptoné et sur gélose, l'ensemencement n'a donné que du staphylocoque doré. Mêmes constatations sur plusieurs autres malades.

Chez deux autres malades : M. Joulia a constaté la présence de microcoques variés, de diplocoques ; de quelques rares chaînettes et amas de cocci groupés au voisinage de débris cellulaires, de bacilles longs, minces, souvent recourbés en forme de virgule ; de bâtonnets nombreux de longueur variable, courts et longs, très trapus, épais, granuleux, plus clairs au centre qu'aux extrémités qui sont arrondies et dont l'une est parfois effilée en point d'exclamation.

Ces différents microbes prennent le gram. Par la coloration de Fantana-Tribondeau de rares spirilles à spires lâches, courtes, sont mis en évidence et aussi, sur une préparation, il a été trouvé trois spirochètes aux spires serrées, de diamètre très mince, présentant la longueur moyenne du trépomène pâle, assez semblables à lui, mais en différant par la minceur. Ces spirilles n'ont pu être colorés par les colorations courantes. »

HISTOLOGIE

Mantegazza a fait des biopsies de lésions papuleuses d'érythème vacciniforme. Dans les éléments vésiculeux, il a trouvé une légère infiltration leucocytaire des assises superficielles du derme, principalement sur le pourtour de la papule. Au centre l'épiderme est soulevé et distendu par une sérosité claire ou louche, dans laquelle on voit quelques leucocytes polynucléaires et quelques débris cellulaires de la couche sous-épidermique.

Dans les éléments plus vieux, l'ulcération a fait place à la vésicule : elle a détruit quelques-unes des assises superficielles du derme, mais la couche malpighienne n'est pas dénudée.

NATURE DE L'INFECTION

Il résulte de ces recherches que les microbes pathogènes peuvent varier dans la genèse comme dans l'évolution des pustules vacciniformes. Mais le fait de trouver une flore très riche dans un pus bien formé démontre simplement que les vésicules à peines formées peuvent s'infecter secondairement par la présence des innombrables microbes qui pullulent dans cette région.

Certains faits ont montré la présence d'un pyogène en culture pure : le streptocoque chez un malade de Colcott-Fox, et surtout le colibacille dans les observations des médecins italiens semblent être les véritables agents pathogènes de l'éruption dans des cas particuliers. Et la présence du colibacille est vérifiée dans les selles par Mantegazza ; dans les quatre cas d'Antonelli, il y avait eu une infection péritonéale par suite d'étranglement herniaire, et l'affection a débuté sur les points de suture de la plaie opératoire. Dans ces derniers cas, la première inoculation a été faite indubitablement par un colibacille d'origine intestinale. Mais bien qu'il y ait assez souvent des troubles digestifs à noter chez ces malades, on ne peut incriminer toujours le colibacille. Il y a un cas où le streptocoque semble

bien avoir droit de cité. De toute évidence d'autres infections peuvent s'y ajouter qui modifieront tant soit peu le type clinique et quelquefois compliqueront gravement l'évolution, comme cela s'est vu dans un cas de gangrène secondaire. Cela ne nous permet pas de considérer l'affection simple comme une gangrène, elle n'en a pas l'évolution aiguë. Stelwagon et Darier en parlent comme d'une forme d'impetigo, mais les impetigos sont franchement purulents d'emblée, les bulles relativement plus volumineuses font place à des croutes jaunes, épaisses ; et les lésions sont occasionnées par le streptocoque ou le staphylocoque ou les deux réunis. Cette *variété d'agents pathogènes* qui serait un trait commun entre les érythèmes vacciniformes et les impetigos répond pour ces derniers à des types morbides très différents. Tandis que l'affection que nous étudions présente des caractères essentiels invariables, quel que soit l'agent pathogène. Et c'est pourquoi Pringle, Hallopeau et Leredde après Besnier, Fournier et Feulard, y ont voulu voir une espèce morbide.

En rappelant qu'une entité morbide infectieuse repose sur l'existence d'un microbe spécifique, nous pouvons considérer l'érythème vacciniforme syphiloïde comme un *type clinique* de maladie cutanée, vraisemblablement occasionné par un micro-organisme qui nous échappe, mais nettement individualisé par sa symptomatologie et sa morphologie.

SYMPTOMATOLOGIE

La pulpart du temps on se trouve en présence d'un nourrisson qui présente dans la région génitale et fessière un érythème qui remonte à une quinzaine de jours, quelquefois à plus longtemps. La mère raconte que l'enfant tousse un peu, ou bien qu'il ne digère pas bien le lait ; elle le nourrit au biberon et l'enfant a des selles vertes ou glaireuses.

Ou bien l'enfant a eu précédemment un eczéma généralisé dont il reste encore quelques traces à la face. D'autres fois, aucun trouble ne s'est manifesté encore, ni du côté de la peau, ni des appareils digestif ou respiratoire, et un beau jour l'enfant est un peu abattu, sa température s'est élevée à 38° et une rougeur diffuse est apparue au pourtour de l'anus et sur les faces postérieures des cuisses. En même temps une diarrhée légère survient, l'enfant a des selles peu nombreuses, plus liquides, moins jaunes, d'odeur plus désagréable. Au bout de quelques jours l'appétit qui avait disparu revient, la diarrhée diminue pour cesser parfois complètement et même faire place à de la constipation. La température est revenue à la normale et l'état général semble bon. Mais à ce moment apparaît

à la région fessière une *éruption* qui se développe assez rapidement au début.

D'abord *localisée* aux rebords du sillon inter-fessier, assez rarement elle occupe le pourtour immédiat de l'anus et le fonds des replis cutanés. Puis elle s'étend de proche en proche et presque symétriquement de chaque côté sur les surfaces de peau qui s'accolent habituellement dans les mouvements de flexion et d'adduction. Assez souvent on en trouve des éléments sur la convexité ou le bord, ou aux commissures des grandes lèvres, sur le scrotum, quelquefois sur le prépuce.

Elle s'étend des bords du sillon inter-fessier sur la face postérieure des fesses, et suivant le rebord des plis génito-cruraux et inguinaux à la face postéro-interne des cuisses. Quelquefois elle descend jusque sur le mollet. En dans certains cas on l'a vue remonter à la partie inférieure du ventre, à la suite du contact produit par la flexion des cuisses. On a même vu dans un cas de Halle une papule aberrante à la paupière, inoculée sans doute par grattage.

L'aspect morphologique des éléments éruptifs varie beaucoup suivant les points considérés. A la périphérie on trouve de petites taches érythémateuses, tantôt presque complètement plates, tantôt légèrement renflées en nodules. Certaines d'entre elles, un peu plus développées et peu nombreuses aussi, parce que cet aspect est éphémère, sont surmontées d'une petite vésicule claire ou légèrement opalescente renfermant une gouttelette de sérosité un peu louche. Elles deviennent rapidement suppurées. Quelques-unes de ces vésicules

sont déjà flétries et affaissées, d'autres en se desséchant se sont épaissies, prenant l'aspect d'une petite couenne diphtéroïde. Mais toutes, en s'affaissant, se sont ombiliquées plus ou moins à leur centre; tandis que les bords semblent légèrement plus accusés, leur donnant un aspect de cupule. Au centre de certaines, la pellicule s'est creusée, et au fond apparaît une petite ulcération qui, à d'autres endroits, occupe toute la surface de la papule.

Le volume de ces éléments est variable, depuis celui d'un grain de millet, jusqu'à celui d'une grosse lentille. C'est à la périphérie qu'on remarque les plus petits.

Leur forme est arrondie ou légèrement ovalaire, au pourtour régulier, jamais déchiqueté.

Le centre est régulièrement déprimé, donnant à la papule une forme en godet qui devient encore plus apparente quand la couenne épidermique a disparu.

Mais ce qui frappe surtout et oriente aussitôt le diagnostic, c'est *la coloration* des éléments : la plupart sont recouverts d'une pellicule plus ou moins épaisse et très adhérente, d'un blanc grisâtre ou blanc argenté, quelquefois opalin. Au centre se voit quelquefois un point rouge : le fond de l'ulcération qui commence à apparaître et qui peut être recouvert d'une fine croutelle nacrée ou jaunâtre. Au pourtour on voit presque toujours une aréole rosée très peu étendue, constituée par une petite zone d'œdème érythémateux. Cet aspect est celui d'un bouton de vaccine à maturité, du sixième au huitième jour. Il a été relaté par tous les auteurs et a valu à l'éruption l'épithète de vacciniforme.

Dans certains cas, les éléments sont rares et très disséminés. Ils peuvent rester *disséminés*, tout en devenant très nombreux. Mais dans ce cas, qui est le plus fréquent, on observe souvent une *confluence* plus ou moins marquée des papules. Tantôt elles s'agglomèrent en placards longitudianux sur le rebord des replis cutanés, replis transversaux de la face postéro-interne des cuisses, plis fessiers, mais surtout sur les bords du sillon inter-fessier où elles peuvent constituer deux bourrelets de dimensions assez étendues : ne dépassant pas toutefois huit millimètres dans la largeur et dix centimètres dans la longueur. L'épaisseur des lésions augmente vers le centre du placard où elle peut atteindre trois millimètres.

D'autre fois la confluence se fait en plaques agminées où les éléments perdent leur individualité pour ne former parfois qu'une seule lésion aux contours polycycliques, exulcérée au centre et déprimée. Le pourtour festonné est recouvert d'une bordure blanc argenté, surélevée d'une aréole érythémateuse. Mais le diamètre de ces plaques agminées ne dépasse pas deux centimètres. Les lésions ulcérées sont légèrement suintantes, mais elles peuvent se dessécher et se recouvrir d'une croute au centre.

Elles durent longtemps et vont en s'étalant, puis en s'accolant aux éléments voisins. C'est ce qui explique en partie la confluence maxima au centre de l'éruption, faisant contraste avec la dissémination périphérique.

Ce sont ces éléments qui ressemblent à s'y méprendre à certaines syphilides suintantes et qui ont fait con-

fondre autrefois cette affection avec les syphilides lenticulaires ou en plaques de Parrot.

Entre les lésions apparaissent des *intervalles de peau saine*.

Quelquefois, et pendant peu de temps, les *ganglions* inguinaux sont palpables et un peu douloureux, des deux côtés. Mais ils ne suppurent jamais. La plupart du temps les lésions sont indolores, et même dépourvues de tout caractère prurigineux ; ce qui explique la rareté des inoculations à distance, car l'enfant se gratte rarement.

Dans les cas simples il ne se forme pas de véritables croûtes. Les troubles digestifs, tels que la diarrhée, qui précèdent quelquefois l'éruption, l'accompagnent souvent et l'entretiennent pour une part. Quelquefois un léger catarrhe bronchique persiste même après la guérison. Dans bien des cas on ne signale cependant aucun trouble viscéral.

La température est généralement normale ; elle peut s'élever par moments à 38° et même plus, mais rarement, quand les lésions sont surinfectées.

FORMES CLINIQUES

La prédominance de certaines formes anatomiques et des différences plus ou moins accusées dans l'évolution ont donné des variantes cliniques qui sont traduites dans la littérature par la riche terminologie qui obscurcit la question.

Tantôt l'élément vasculaire est prépondérant, surtout au début : le fond cutané de l'éruption est plus érythémateux et les poussées éruptives s'accompagnent d'une fièvre légère donnant à l'affection une allure aiguë ou subaiguë. Ce qui lui a fait quelquefois donner le nom d'herpès phlycténoïde.

Dans d'autre cas, la localisation aux plis cutanés, avec un fond d'érythème simulant envahissant le fond des replis et s'accompagnant parfois de lésions du même ordre aux plis du cou, au pli qui sépare le cuir chevelu du pavillon de l'oreille donne à certaines formes des caractères d'intertrigo, comme l'ont décrite Besnier et Feulard.

D'autre fois, on trouvera un processus ulcératif plus actif : une évolution plus aiguë, une certaine résistance à la guérison par des pansements simples feront trou-

ver à l'éruption des ressemblances avec l'ecthyma et les gangrènes cutanées.

Enfin, une infection surajoutée streptococcique ou staphylococcique s'accompagnant de prurit et modifiant l'aspect des lésions, les recouvrant de croûtes épaisses et jaunâtres feront ranger certaines formes parmi les impetigos comme le fait Darrier ou Tilbury-Fox, qui les confond avec l'impetigo contagiosa.

EVOLUTION

Il n'en reste pas moins que les caractères essentiels se retrouvent toujours, et nous pouvons en schématiser ainsi l'évolution :

1° L'élément naissant est une macule ou un module érythémateux qui devient assez rapidement papuleux ;

2° Il se produit à son sommet un soulèvement épidermique qui forme une petite phlyctène ;

3° Le liquide d'abord clair qu'elle renferme suppure et devient louche, puis plus ou moins purulent ;

4° Sur certains éléments on observe un épaississement de la suppuration qui peut prendre un aspect impetigineux ;

5° L'élément papulovésiculeux s'ombilique à son centre et prend une coloration argentée ou opaline, lui donnant l'aspect de la vaccine au sixième et au huitième jour ;

6° Le liquide se résorbe entièrement et la phlyctène se flétrit et s'affaise, disparaît quelquefois ;

7° Il apparaît une ulcération à bords légèrement surélevés rappelant l'aspect des *syphilides* papulo-érosives ;

8° L'ulcération s'étale et s'atténue au bout d'un temps assez long, laissant à la peau une petite tache rouge qui disparaît sans laisser de cicatrice.

Dans l'ensemble, les lésions qui se propagent assez vite au début, continuent de s'étendre lentement par la suite et de se renouveler à la périphérie, si la malpropreté qui en a facilité l'éclosion persiste. Les nouvelles papules naissent aux points de contact de la peau saine avec la peau déjà infectée et se reproduisent par *auto-inoculation*, comme le démontrent la localisation symétrique sur des surfaces cutanées opposables. La durée de l'évolution peut aller de un à plusieurs mois. Les lésions semblent n'avoir aucune tendance à la guérison spontanée si on ne les traite pas.

COMPLICATIONS

Nous ne ferons que mentionner les cas, déjà étudiés, mais très intéressants, où l'affection survient elle-même comme une complication sur une suture de plaie opératoire. Mais l'accolement des lèvres de la plaie se produisit normalement par première intention et l'éruption évolua ensuite pour son compte vers la guérison.

Certains caractères surajoutés, certaines infections en particulier et aussi le terrain propice peuvent faire prendre à l'érythème vacciniforme une allure beaucoup plus grave.

Nous avons vu certaines formes cliniques devenir impétigineuses. D'autres fois, par leur tendance à la chronicité, leur extension en nappes lichenifiées et desquamatives, elles peuvent s'éczématiser secondairement et donner des lésions généralisées.

Dans des cas moins intenses, il s'agit simplement de lésions de perlèche ou d'intertrigo rétro-auriculaire qui peuvent parfois poser des questions de diagnostic.

Cependant des complications plus graves peuvent survenir, et Fournier cite le cas d'un herpès vacciniforme chez une petite fille de seize mois, sur lequel est venue se développer une *gangrène* vulvaire et périvul-

vaire. Les signes généraux d'infection n'étaient pas très accusés ; la température ne dépassa pas 38°4, et cependant le troisième jour la petite fille mourait subitement. A l'autopsie on ne trouva aucune lésion d'endocardite, aucun caillot embolique dans le cœur, ni dans l'artère pulmonaire, ni dans ses branches les plus fines. Et cependant il y avait à la surface des poumons, des deux côtés, à la base, une demi-douzaine de très petits foyers hémorragiques de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de vingt centimes. L'examen histologique de ces foyers ne montra qu'une hémorrhagie alvéolaire. L'examen bactériologique fut négatif. On en fut réduit à l'hypothèse d'une intoxication par les ptomaïnes gangréneuses avec mort par syncope réflexe.

Qu'on nous permette de rapprocher de ce fait un cas d'érythème fessier de Jacquet. Après guérison des lésions locales, mort subite de l'enfant ; à l'autopsie on trouve des viscères normaux, un foie sain, pas trace de syphilis, mais quelques noyaux de broncho-pneumonie disséminée et un thymus non altéré mais très volumineux.

On connaît d'autres cas, il est vrai, de mort subite chez des enfants qui avaient un gros thymus ; mais il existait ici des lésions pulmonaires après la guérison d'un érythème fessier papuleux post-érosif.

PRONOSTIC

Cette évolution tragique est tout à fait exceptionnelle et on peut dire dans l'ensemble qu'il s'agit d'une *affection des plus bénignes.* Quand on applique un traitement convenable, qui se réduit le plus souvent à des soins de propreté, la guérison survient au bout de quelques jours, au plus tard au bout de deux ou trois semaines.

Mais dans certains cas où la maladie évolue chez un sujet athrepsique, qui est par ailleurs gravement infecté par une gastro-entérite ou une broncho-pneumonie, elle ajoute à cet état, déjà mauvais, un facteur de gravité ; et MM. Petges et Rocaz ont signalé dans ces conditions une mortalité de huit sur douze des cas qu'ils ont observés.

DIAGNOSTIC

Quand on se trouve devant un cas typique comme celui que nous avons décrit dans cette étude, on ne peut pas hésiter devant le diagnostic : en effet, la localisation des lésions, leurs caractères morphologiques qui rappellent dans les éléments en évolution la pustule vaccinale à maturité avec sa couenne argentée, ombiliquée et son liseré rosé, dans les éléments plus évolués les syphilides papulo-érosives font bien mériter son nom à l'érythème vacciniforme syphiloïde des nourrissons.

Mais quand on se trouve en présence d'une éruption très discrète, ou au contraire d'une forme très confluente, déformée et complexe, certaines questions peuvent se poser qui ont une grande importance pour le pronostic et pour le traitement.

Toutes les erreurs n'ont pas la même gravité : nous passerons d'abord en revue celles qui comportent le moins de conséquences.

On ne peut pas confondre l'affection avec *l'herpès*, qui a une allure fébrile et qui prend des formes vésiculeuses plus accentuées : vésicules acuminées, coniques, gonflées et turgides : ni avec une *dermatose bulleuse* dans laquelle il se produit bien une ulcération, mais

dont le début est tout différent : les bulles apparaissent d'abord et sont volumineuses, assez souvent elles ont une coloration foncée. Ainsi *le pemphigus épidémique* des nouveau-nés et des nourrissons, decrit récemment par M. le Professeur Marfan, dans *Paris-Médical*, se distingue de notre affection : il débute par une bulle sur une peau à peine rouge ; cette bulle remplie d'une sérosité louche s'affaise le cinquième jour et fait place à un cercle rose. L'éruption est surtout localisée à la nuque, au cou, à l'épaule, au dos, sur un membre au voisinage des plis articulaires.

L'impetigo contagiosa de Tilbury-Fox est un terme qui n'a pas de sens spécial, il s'applique aux cas où l'on rencontre de véritables épidémies d'impetigo. *L'impetigo vulgaire* s'observe plus souvent chez les enfants de deux à sept ans ou chez les adultes à peau fine ; il est très contagieux et polymicrobien. Il se caractérise par une éruption bulleuse au début qui devient rapidement purulente et se dessèche en croûtes épaisses et incrustées, dites mélicériques, parce qu'on les a comparées à du miel desséché mêlé de cire. L'éruption débute le plus souvent à la face, là où une infection déjà existante des muqueuses peut inoculer la peau voisine.

Mais n'oublions pas que sur un érythème vacciniforme peut se développer un impetigo secondaire, dont on trouve la trace dans plus d'une description. Et dans ce cas, il faudra se reporter sur l'aspect des éléments jeunes de l'affection et les suivre dans leur évolution morphologique.

L'intertrigo, qui semble avoir coexisté avec l'affec-

tion dans deux ou trois observations se caractérise par sa localisation dans les replis cutanés, plis du cou, de l'aine, des cuisses, par sa chronicité et sa tendance à récidiver, par l'absence de pustules à proprement parler. Il y a des formes simples, érosives, ulcéreuses. Mais les lésions d'hyperstéatidrose répandent une odeur sébacée désagréable.

Les folliculites suppurées ne ressemblent pas aux papules superficielles de l'érythème vacciniforme : elles sont constituées par de petits abcès du volume d'une tête d'épingle, saillantes, acuminées, entourées d'une auréole inflammatoire et jamais elles ne dégénèrent en papules.

La démarcation serait plus délicate à tracer avec l'*ecthyma*, qui est une pyodermite pustulo-ulcéreuse également d'origine externe, inoculée et proliférant par auto-inoculation. Il tient ses caractères cliniques spéciaux soit d'une virulence particulière de ses agents pathogènes, soit d'une inoculation plus profonde de ses agents, favorisée par une lésion tégumentaire ou une affection préalable, soit encore du terrain sur lequel il se développe.

L'ecthyma térébrant n'est pas très rare chez les enfants, il envahit de proche en proche les fesses, le dos et affecte quelquefois un aspect vacciniforme ou même gangréneux. Mais il est constitué par une vésicule vraie, purulente, jaune doré ; il occupe plutôt les parties saillantes, ses bords sont taillés à pic, le fond en cupule est rempli de détritus sanieux, il ne forme jamais de bourrelets confluents, mais peut donner lieu à de vastes ulcérations polycycliques à bords festonnés, à

extension excentrique ; il détruit les tissus profondément et laisse des cicatrices gaufrées indélébiles. Il s'accompagne souvent de douleurs violentes. Enfin il est d'un pronostic beaucoup plus sombre et beaucoup d'enfants qui en sont atteints meurent par toxi-infection progressive dans le marasme et la cachexie.

On a trouvé dans les cultures du pus, tantôt du streptocoque, tantôt du pyocyanique.

Analogues par leur gravité et la virulence de leurs agents microbiens, parmi lesquels se trouvent des anaérobies, sont les *gangrènes cutanées* infantiles, qui débutent quelquefois par une éruption pustuleuse et évoluent suivant un processus ulcératif. Mais les bulles, assez grandes, sont souvent remplies d'une sérosité rougeâtre ; les pustules se développent rapidement et font bientôt place à des escarres ; on note souvent une fièvre élevée, des troubles digestifs, de la prostration, des convulsions et des complications viscérales entraînant la mort dans cinquante pour cent des cas.

Les *fièvres éruptives* se distinguent déjà de l'affection que nous étudions par leur évolution subaiguë dans *la varicelle*, aiguë dans *la variole*, par leur éruption généralisée et typique.

L'élément de varicelle, macule d'abord, devient en quelques heures une bulle claire, arrondie, oblongue, qu'on ne peut confondre avec aucune autre éruption. Le quatrième jour elle fait place à une croûtelle noirâtre qui tombre bientôt après. Sans parler des conditions d'épidémicité, ce qui constitue déjà un élément du diagnostic, l'éruption de la variole, qui est précédée par

une période prodomique très fébrile, passe successivement par les stades de macule, de vésicule, de pustule Au bout de sept jours, elle suppure, et peut s'ulcérer vers le douzième jour. Après la guérison, qui ne survient pas toujours, il reste des cicatrices indélébiles.

Jacquet, après avoir fait une auto-inoculation au bras d'un nourrisson, reproduisit une papule vacciniforme semblable à celles de l'éruption fessière. Il se demanda s'il ne s'agissait pas d'une *vaccine* accidentelle. En fait, il y a une grande ressemblance entre les deux affections, surtout au début. Mais on note parfois un malaise général, une fièvre légère, l'adénopathie est constante. On voit également des éléments vaccinaux à tous les âges. Mais la guérison surviendrait plus rapidement, car l'immunité s'établit spontanément au bout d'une dizaine de jours.

Les erreurs que nous avons signalées jusqu'ici sont, ou bien faciles à éviter, ou sans gravité. Il n'en est pas toujours de même, et Fournier insistait pour montrer combien il serait regrettable quelquefois de commettre l'erreur avec la *syphilis* : « Inutile d'insister longuement sur les conséquences graves d'une telle méprise : c'est tout d'abord une imputation de syphilis à l'un des parents de l'enfant, le père naturellement, et le scandale domestique qui est souvent la conséquence de cette découverte ; chose plus grave, c'est la suspension de l'allaitement au sein de l'enfant lorsque cet allaitement est confié à une nourrice, et l'obligation pour cet enfant de suivre un traitement inutile, voire même dangereux ; enfin c'est la suspicion qui va planer sur la

nourrice et qui suffit pour l'empêcher de se placer dans une autre famille. »

On se trouve généralement en présence d'un nourrisson plus ou moins affaibli : depuis quelques jours il est apparu à la région fessière une éruption papuleuse dont les éléments de la grosseur d'une lentille en moyenne, légèrement surélevés, reposent sur un fond érythémateux. Leur coloration rose, brune ou violacée n'offre rien d'absolument spécifique cependant. Les papules sont disséminées sur les parties saillantes de la région, légèrement déprimées et ulcérées à leur centre. Elles sont parfois couronnées d'une petite collerette blanche desquamative.

D'autre part, l'enfant présente quelques lésions érosives aux commissures des lèvres, un léger coryza, et une rougeur un peu suintante dans le pli rétro-auriculaire. On n'hésitera pas longtemps à incriminer la syphilis. Il n'y a aucun doute, en effet, il ne s'agit pas d'un érythème vacciniforme.

Il y a bien des éléments anatomiques apparemment de même ordre : papulo-érosifs, de configuration circulaire, de même volume, de même couleur rouge, suintant quand ils sont dénudés, polycycliques par endroits.

Cependant on ne remarque pas ici la coloration cuivrée, ou jambonnée tout au moins des syphilides; l'enfant n'a pas de véritables fissures labiales, son coryza est apparu depuis quelques jours seulement et paraît bien léger ; la rougeur rétro-auriculaire, accompagnée d'une forte odeur sébacée, ressemble à un vulgaire intertrigo. Notre malade présente des éléments éruptifs

d'âge un peu différent, ce qui ne se voit guère dans une éruption syphilitique. Certains éléments sont couronnés de cette collerette blanche à fines squames de Biett. L'éruption prédomine sur les parties saillantes des fesses. D'autre part l'enfant n'a pas de lésions viscérales, son foie et sa rate sont normaux, la forme de son crâne est régulière, il n'a pas de cranio-tabès ; il ne porte pas trace de lésions palmaires ou plantaires. Enfin ses parents ne sont pas syphilitiques.

Nous savons que ce n'est pas un érythème vacciniforme, et cependant ce n'est pas non plus la syphilis. Nous avons devant nous un cas de ces *érythèmes papuleux post-érosifs de Sevestre et Jacquet.* Et si une nouvelle poussée se produit, nous pourrons en suivre l'évolution : début par une érosion accidentelle ou par une phlyctène qui ne tarde pas à éclater pour faire place à une ulcération superficielle, plus ou moins grande, isolée, arrondie, à fond rouge vif. Le fond dermique ne tarde pas à bourgeonner et à s'élever, produisant ainsi une pseudo-papulation secondaire. La peau saine est attirée autour des papules en un fin plissement rayonné.

TRAITEMENT

Il est rare de voir l'érythème vacciniforme guérir spontanément. Laissé à lui-même, il traîne en longueur. Cependant le traitement est des plus simples. Dans la plupart des cas on a obtenu la guérison en huit à quinze jours par des soins de propreté, des poudrages à l'amidon, ou mieux au talc salicylé à 1 %. Dans des cas plus rebelles on a préconisé les lavages à l'eau oxygénée au 1/5, suivis d'applications de pâte de zinc saupoudrée au talc salicylé.

On a employé aussi pour les lavages la liqueur de Labarraque en solution diluée, le permanganate de potasse. Certains auteurs ont employé la poudre à l'iodoforme qui réussit bien dans les cas où les ulcérations auraient tendance à progresser. Dans nos observations, il a suffi de faire tomber les croûtelles à la vaseline boriquée et de maintenir les enfants au sec et au propre en écartant et en isolant les surfaces malades.

Il va sans dire qu'il faut traiter la diarrhée qui accompagne assez souvent l'éruption. Dans les cas d'Antonelli, où l'infection était due au colibacille, elle céda rapidement par le salicylate de bismuth.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

Prise dans le service de notre maître M. le Dr Aviragnet, aux Enfants-Malades.

Erythème vacciniforme syphiloïde.

La petite Paulette R..., née le 31 mars 1923, à terme, pesait à la naissance 4 il. 500.

Elle était venue déjà à la consultation le 23 octobre 1923, pour de la toux et une éruption vésiculeuse miliaire sur la face dorsale des mains et la partie supérieure du thorax.

A sept mois, elle pesait 7 kilogs, et continuait par la suite à bien se porter.

Le 17 décembre 1923, l'enfant est amenée par sa mère avec une éruption fessière qui est apparue il y a huit jours, caractérisée par un élément primitif papuleux, qui s'ombilique rapidement ; dans les formes peu importantes, il n'y a pas de liquide ; dans les formes plus volumineuses, il y a une vésicule remplie d'une sérosité louche, parfois de pus. En certains points, il y a une confluence très marquée.

Les éléments plus âgés sont caractérisés par l'affaissement de la phlyctène et se présentent de la façon suivante : ulcération avec le centre affaissé et par endroits recouverte d'une couenne nacrée ou grisâtre donnant à ces éléments un aspect de vaccine au huitième jour. Au pourtour de certains éléments, un fin liséré d'érythème.

L'éruption est localisée aux fesses et à la face postérieure et postéro-interne des cuisses, on aperçoit une papule sur le mollet gauche. Le pourtour de l'anus et les grandes lèvres sont indemnes.

Observation 1

Il s'agit d'un érythème vacciniforme infantile.

Traitement : Faire tomber les croûtes avec de la vaseline boriquée, poudrer la région au talc ; tenir les parties malades au sec et isolées.

Le 20 décembre 1923, l'évolution n'est pas encore tout à

fait enrayée. Toutefois, on ne voit pas de nouvelles vésicules. On prescrit la continuation du traitement. Photographie.

Le 23 janvier 1924, l'enfant est guérie ; elle a augmenté de 1 kilog. en un mois ; elle pèse maintenant 9 kil. 700.

OBSERVATION II

Prise dans le service de M. le Dr Aviragnet.

Erythème vacciniforme syphiloïde.

Théophraste T..., né le 5 mars 1923, à terme. Poids à la naissance : 3 kil. 750. Elevé au sein maternel. Neuf jours après la naissance apparut, au niveau de la moitié inférieure du corps, une érup tion érythémateuse et vésiculeuse qui s'étendit ensuite à la face, au thorax, aux membres supérieurs. Cette éruption s'est ensuite eczématisée secondairement, et l'enfant a été guéri par des applications de pommade à l'huile de cade.

Quelque temps après, il semble avoir eu des crises dyspnéiques suivies de quintes de toux. Sa grand'mère était asthmatique.

Le 21 janvier 1924, avec un état général bon, l'enfant présente une éruption au niveau des fesses et du périnée.

Caractères évolutifs de l'éruption :

1° Une macule érythémateuse surmontée d'une petite phlyctène contenant une sérosité louche ;

2° Le liquide disparaît, la phlyctère s'affaisse, s'ombilique, l'élément devient analogue à celui d'une papule vaccinale : la coloration est gris blanchâtre avec une aréole rosée ;

3° L'épiderme de la phlyctène disparaît : il reste une ulcération à bords saillants, à contour net. Le fond de l'ulcération se comble d'un enduit diphtéroïde.

Sur certains points, il est légèrement suintant. L'éruption est très disséminée, localisée aux fesses, à la face interne des cuisses, au scrotum, au prépuce.

En somme, c'est un érythème vacciniforme syphiloïde chez un enfant à front bombé et à faciès spécifique.

Au niveau des aisselles, un peu de pityriasis.

Les parents sont bien portants. La mère a fait une fausse couche de deux mois et demi ; elle a encore un autre enfant vivant et bien portant. Elle est la deuxième d'une famille de six enfants. La grand'mère n'a pas eu de fausses couches.

Traitement : on prescrit de nettoyer la région à la vaseline, de poudrer au talc et d'isoler les parties malades.

Huit jours plus tard, la mère vient présenter l'enfant guéri.

CONCLUSIONS

1° L'érythème vacciniforme syphiloïde est une affection des plus rares.

2° Il est par lui-même une affection des plus bénignes. Cependant il est redoutable quand il vient compliquer un état athrepsique, ou quand il se complique lui-même d'un processus gangréneux.

3° Le diagnostic différentiel avec la syphilis est de la plus haute importance. Il faut toujours examiner les organes viscéraux, le système osseux et la peau de ces malades, rechercher les antécédents familiaux. Dans le doute, et un doute peut quelquefois subsister, il faut pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann à l'enfant et à la mère ; et, en attendant le résultat du laboratoire, instituer un traitement spécifique.

4° C'est une infection inoculable et auto-inoculable. Dans le traitement, il faut isoler les surfaces cutanées malades. Dans une famille, dans une crèche surtout, il convient d'organiser une prophylaxie rigoureuse.

5° L'érythème vacciniforme syphiloïde est vraisemblablement une espèce morbide dont le germe n'a pu être encore isolé; on y a trouvé différents agents microbiens probablement surajoutés à l'agent causal jusqu'ici inconnu ; et au point de vue morphologique et symptômatique, on peut le considérer comme un type clinique bien déterminé de dermatose des nourrissons.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
MARFAN.

Vu et PERMIS d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

L. Jacquet. — Des érythèmes papuleux fessiers post-érosifs. (*Revue des mal. de l'enfance*, 1888.)

E. Besnier. — Syphilis infantile (Syphilides, Syphiloïdes). (*Bull. méd.*, 19 juin 1887.)

H. Feulard. — Eruption papuleuse d'aspect vacciniforme ou syphiloïde survenue à la région génitale chez une petite fille de 23 mois. (*France Méd.*, juin 1887.)

E. Besnier. — Erythème vacciniforme syphiloïde. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1889.)

H. Hallopeau. — Ecthyma vacciniforme. (*Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, 1888.)

— Dermatite vacciniforme infantile. (*Le Musée de l'Hôpital Saint-Louis*, fascicule XX, n° 1332.)

A. Fournier. — Vaccino-syphiloïde. (*Bulle. méd.*, 1891.)

— Herpès vacciniforme, gangrène vulvaire et périvulvaire, mort subite. (*Ann. derm. et syphiligraphie*, 12 janvier 1893.)

Hallopeau et Leredde. — *Traité pratique de Dermato*, 1900.)

L. Jacquet. — Dermatites infantiles simples. (Dans *Mal. de l'enf.* de Grancher et Comby, t. IV, 1905.)

Mantegazza. — Dermatosi varicelloïde. (*Giorn. ital. del. mal. ven. e della pelle*, 1900.)

Antonelli. — Eritema vacciniforme (post-operatoria) da Bacterium col. (*Riv. veneta di Sc. méd.*, 1904.)

Colcott-Fox. — Vacciniform ecthyma of infants. (In *British journal of dermatology*, 1907.)

Halle. — Dermatitis pseudo-syphilitica vacciniformis infantum (*Dermatologische Zeitschrift*, avril 1908.)

Brocq. — *Traité de dermatologie pratique*, 1907.

Stelwagon. — Impetigo contagiosa. (In *Diseases of skin.*, 1918.)

Darier. — *Précis de dermatologie*, 1923.

Petges et Rocaz. — Ecthyma vacciniforme syphiloïde. (Dans *Paris-Médical*, 5 mars 1921.)

Comby. — *Traité des Mal. de l'enfance.*

Apert. — *Précis des Mal. des enfants.*

Hutinel. — *Les Mal. des enfants.* 1905.)